

Hommage à Maroussia GALPERINE



Table ronde organisation des territoires

T Brosset , S Collon , PH Lebrun, P Mansat , L Soubigou, P Tracol

Orthorisq Paris le 12 Novembre 2025



ORTHORISQ

Table ronde organisation des territoires

Les urgences

Les transferts

Les
absences et
congés

La chirurgie
pédiatrique



Table ronde organisation des territoires

- Organisation de l'accueil des urgences : P Mansat
 - Votre vécu (enquête , retours d'expérience)
 - Un exemple d'organisation régionale
- Les relations urgences /chirurgie : la check list : P Tracol
- Les transferts et leurs difficultés .
 - Retours d'expériences : L Soubigou
 - Votre vécu (l'enquête)
 - Coté adresseur : T Brosset
 - Coté receveur : P Mansat
- Les absences diverses : S Collon
 - congés , fermetures d'établissements
 - Votre vécu
- Le problème de la chirurgie pédiatrique P Tracol
- La jurisprudence : P H Lebrun



ORTHORISQ

Enquête – Profil des répondants

Caroline Dana

Répartition
équilibrée des
âges, majorité
entre 45-64 ans

Forte
représentation
masculine

Expérience
professionnelle
variée, avec un
noyau 11-30 ans

• Type d'exercice :
forte proportion
de libéraux

Établissements :
majorité en
cliniques privées
et CH

Conditions :
principalement
en temps plein

LES URGENCES

Pierre MANSAT



ORTHORISQ

Etablissements

- 1. **Centre hospitaliers publics (CHU, CHR, CHG)**

- Service d'urgence H24



- 2. **Cliniques privées**

- Pas systématique
- H24 ou Heures et jours ouvrables



- 3. **Maison médicales de garde / SOS Médecins**



- 4. **SAMU/SMUR**



ORTHORISQ

Niveaux d'établissements d'urgence hospitalière

- **1. Niveau 1: Urgences de proximité**
 - Urgences simples
- **2. Niveau 2: Urgences avec spécialités**
 - Urgences graves non vitales
- **3. Niveau 3: CHU ou hôpitaux de référence**
 - Urgences vitales complexes
 - Centre de recours: polytraumatisés, CRIOAC, tumeurs



Etablissements: l'enquête

- **62%** des déclarants travaillent dans une structure possédant des URGENCES
- **81%** ont une réception des urgences H24 / 7j/7



ORTHORISQ



Cahier des charges – Prise en charge chirurgicale en urgence

○ 1. Exigences techniques

- Bloc opératoire fonctionnel H24
- Salles d'opération dédiées
- Accès à : imagerie, labo, pharmacie

○ 2. Ressources humaines

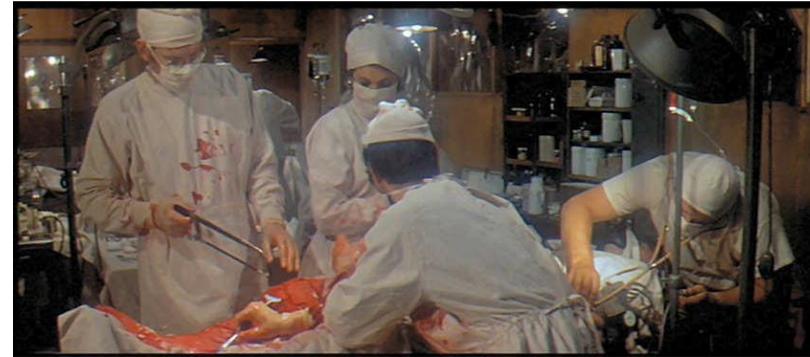
- Equipe chirurgicale de garde
- Personnel soignant formé aux soins post-op d'urgence
- Coordination SAMU/SMUR

○ 3. Capacité d'accueil

- lits de chirurgie et de surveillance post-op
- Unité de soins continus ou réa

○ 4. Organisation de soins

○ 5. Relations inter-établissements



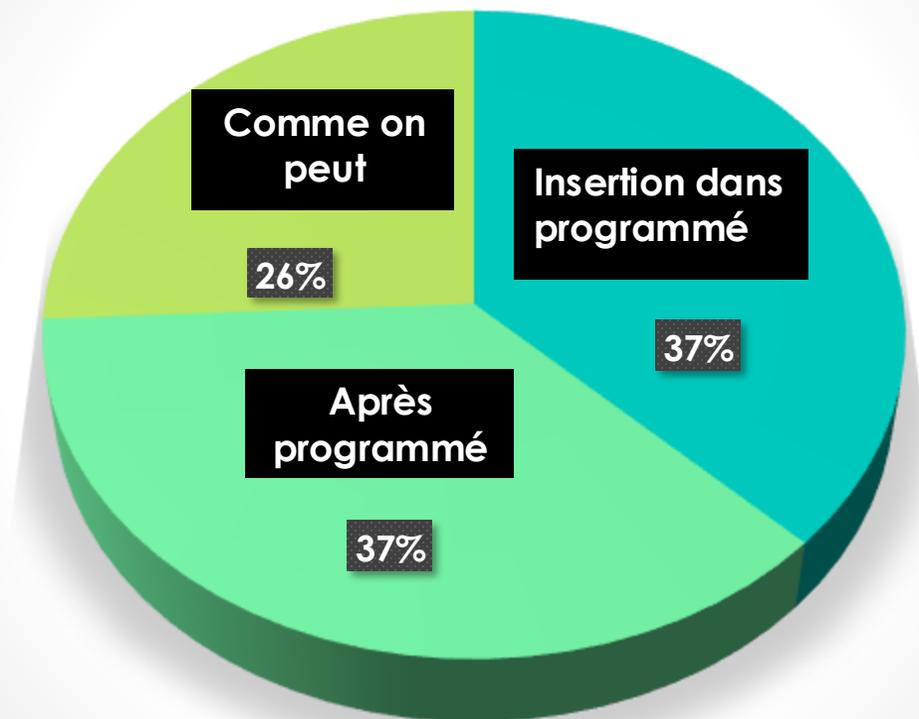
Organisation : l'enquête

- **70%** l'activité d'URGENCES est organisée
- **79%** une liste de garde médicale
- **32%** réalise les URGENCES dans une salle dédiée



Organisation : l'enquête

Programmation en cas d'urgence



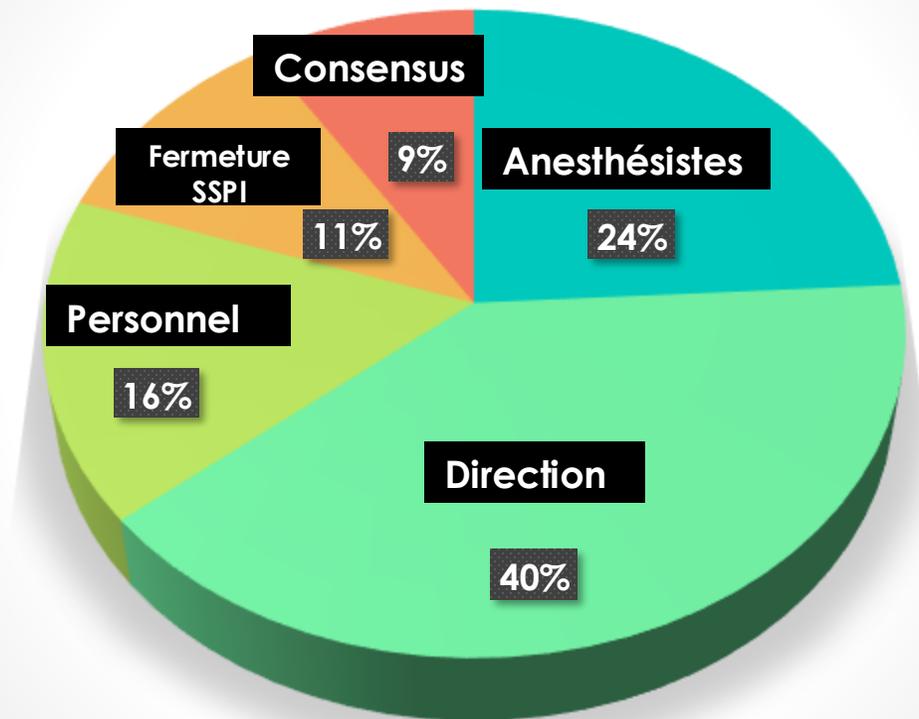
Organisation : l'enquête

○ **35%** déclarent des limites horaires



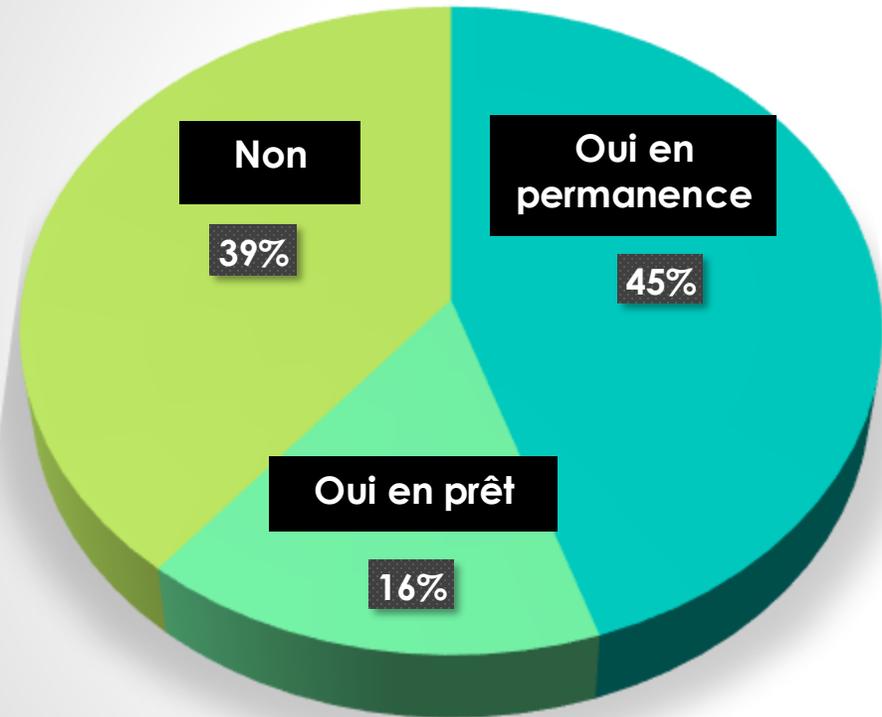
Organisation : l'enquête

Limites horaires - qui?



Organisation : l'enquête

Matériel nécessaire



Organisation : l'enquête

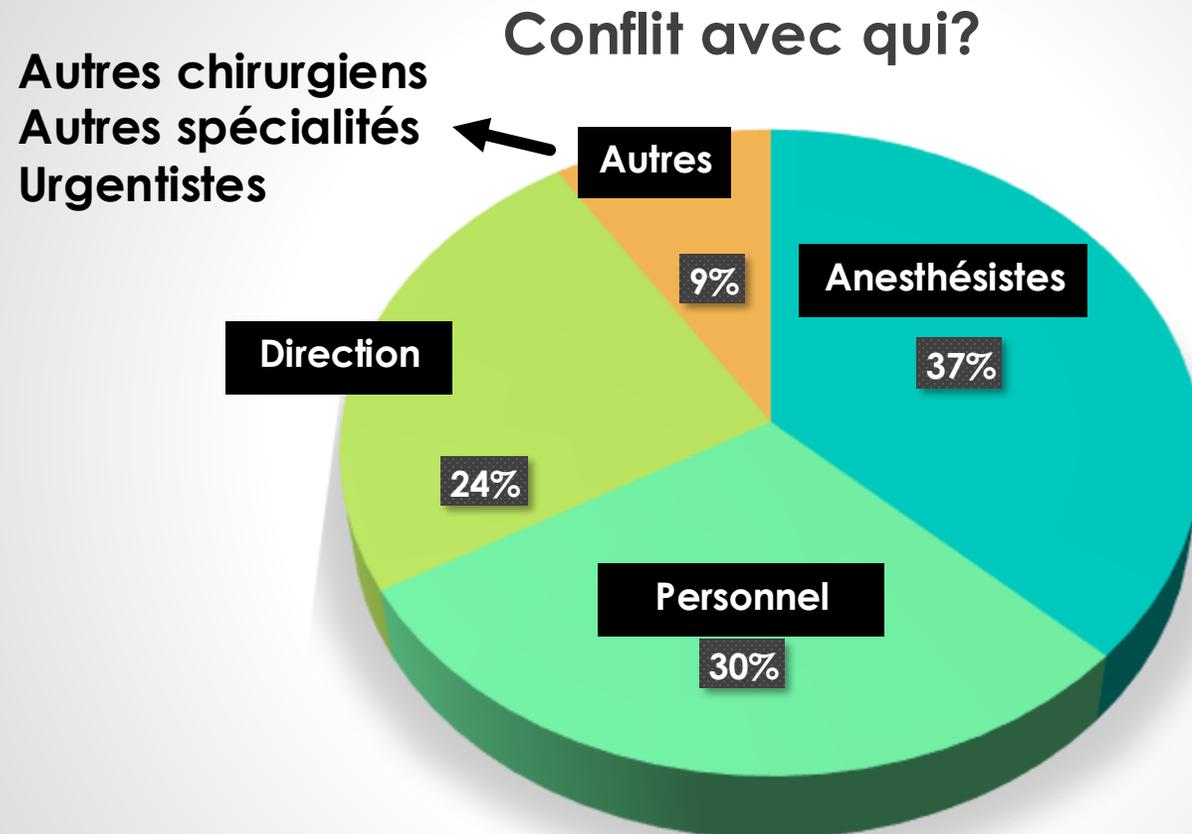
- **59%** déclarent que les URGENCES sont une source de conflit



ORTHORISQ

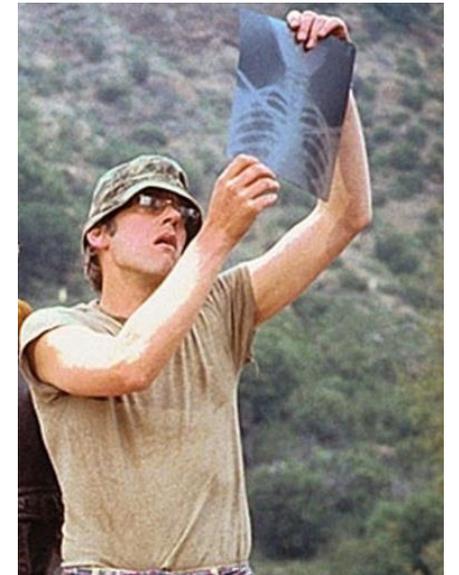


Organisation : l'enquête



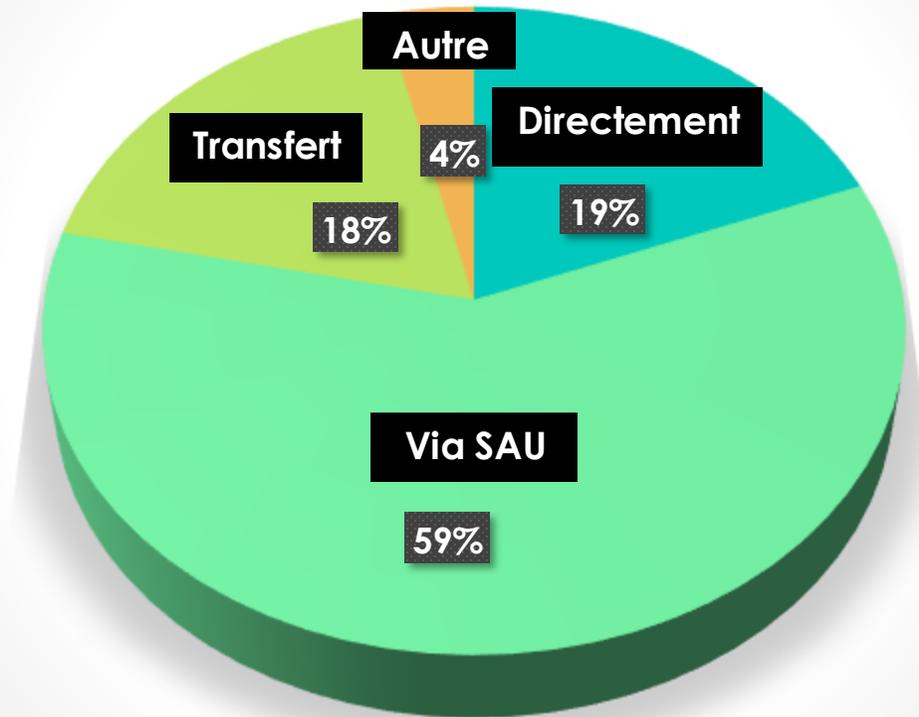
Parcours patient - Urgences

- **1. Accueil et tri / IAO**
- **2. Zone d'attente ou de soins**
 - SAUV
 - Unités de soins rapides
 - Box d'examen
 - Zone d'observation
 - Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- **3. Interventions médicales**
- **4. Décision d'orientation**
 - Sortie à domicile
 - Hospitalisation dans un service spécialisé
 - Transfert



Parcours patient – Urgences : l'enquête

Modalités d'admission



Parcours patient – Urgences : l'enquête

- **88%** des structures possèdent un service d'accueil des URGENCES
- **68%** des patients sont évalués par le chirurgien qui va le prendre en charge
- **92%** des déclarants ne connaissent pas la SSP2 HAS

— **CHECK-LIST « TRANSFERT URGENCES – CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE »** —

À compléter par le service des urgences et le service de chirurgie – à adapter si besoin



Accord public / privé pour les urgences

- Objectifs
 - 1. Fluidifier l'accès aux soins
 - 2. Optimiser les ressources
 - 3. Renforcer la continuité des soins



FHP FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION
PRIVÉE



ORTHORISQ

Accord public / privé pour les urgences

○ Type d'accord

○ 1. Délégation de soins ou partenariats locaux

- Surcharge
- Spécialité absente ou indisponible

○ 2. Permanence des soins

- Participation à la régulation des urgences / contrat ARS / en lien avec SAMU-SMUR

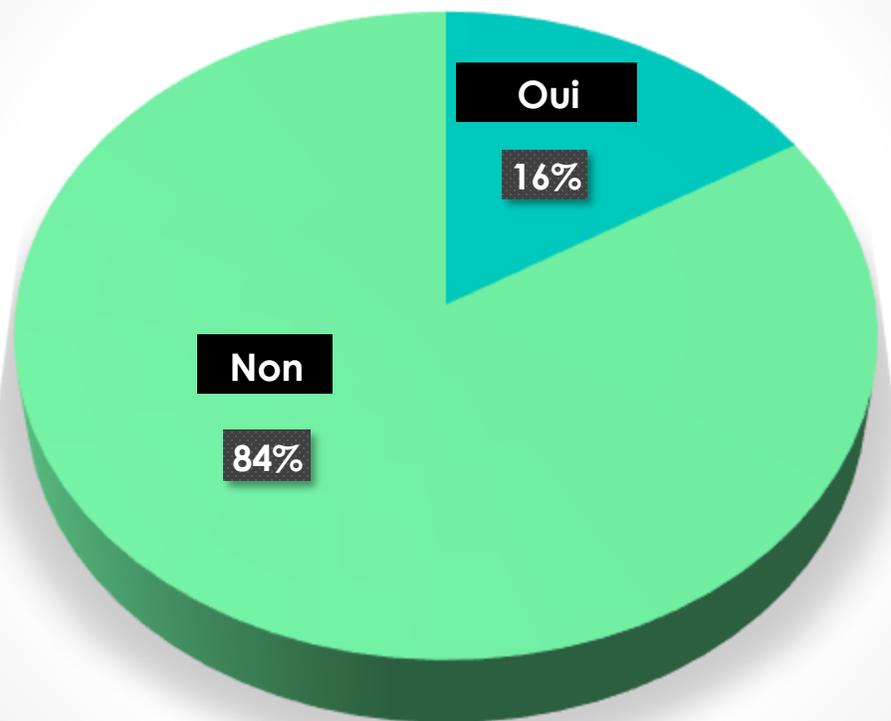
○ 3. GHT

- Logique de réseau coordonné



Accord public / privé pour les urgences

Accord Public / Privé



Accord public / privé pour les urgences

- Limites
- **1. Exigences techniques**
 - Blocs opératoires non disponibles
- **2. Ressources humaines**
 - Equipe chirurgicale de garde occupée
- **3. Capacité d'accueil**
 - Pas de lit d'aval disponible (fermeture de lits)
 - Pas de place en SC ou Réa
- **4. Problème de communication entre les acteurs +++**



Accord public / privé pour les urgences

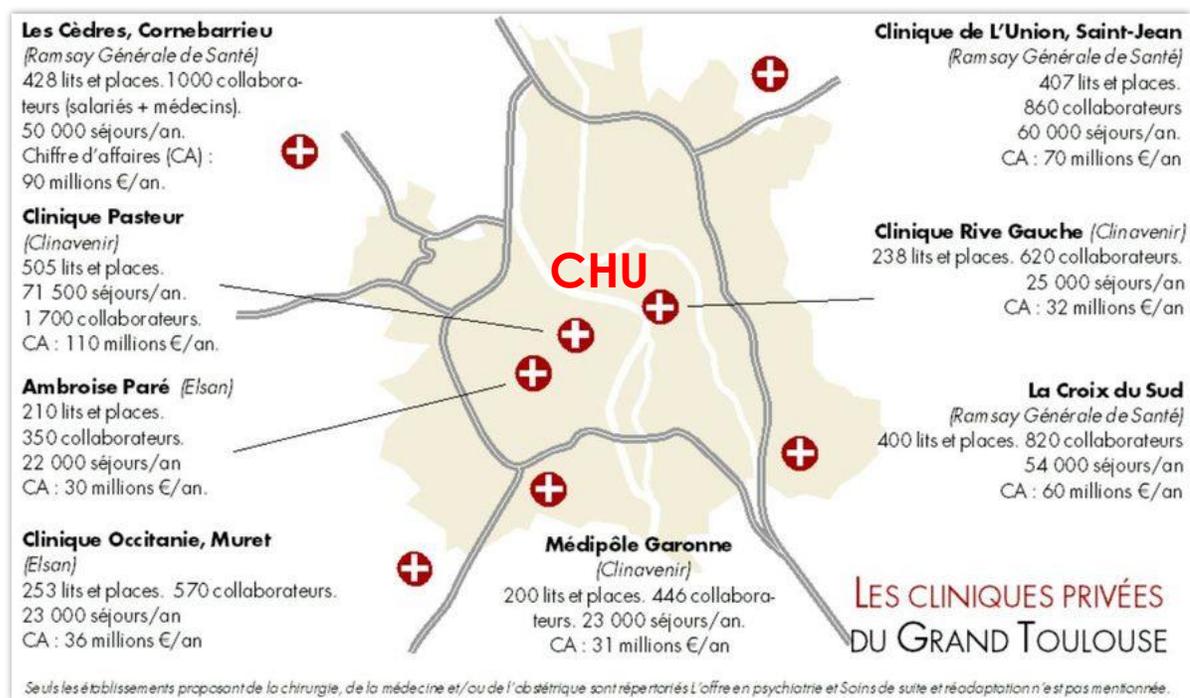
SALLE	SERVICE	NOM	PRÉNOM	DDN	J	INTERVENTIONS	MATÉRIELS
Solo Simmy. Arnaud. 18	REA POLY LAFABR SS B1 B2 B3 B4 B5 B6 B7 B8 B9 B10 B11 B12 B13 B14 B15 B16 B17 B18 B19 B20 B21 B22 B23 B24 B25 B26 B27 B28 B29 B30 B31 B32 B33 B34 B35 B36 B37 B38 B39 B40 B41 B42 B43 B44 B45 B46 B47 B48 B49 B50 B51 B52 B53 B54 B55 B56 B57 B58 B59 B60 B61 B62 B63 B64 B65 B66 B67 B68 B69 B70 B71 B72 B73 B74 B75 B76 B77 B78 B79 B80 B81 B82 B83 B84 B85 B86 B87 B88 B89 B90 B91 B92 B93 B94 B95 B96 B97 B98 B99 B100	[REDACTED]	[REDACTED]	08.09.64	J1	# Col FÉMUR DROIT ANESTHÉSISTE DE PÉDIA VIENT - PATIENTE AVEC VENTRICULE UNIQUE	PTH FAIT PAR REINA FE + plaque
				14.10.72	J4	Chevillon lat + explo plate avant bras GAUCHE	clou r calet ± long
				28.05.73	J2	Chevillon DROITE chgmt montage FE - Chevillon GAUCHE converg FE en plaque	PTH
				19.04.42	J1	# perbroch GAUCHE ELIQUIS Insuf. D. DIABÈTE	r calet
				14.04.37	J1	# glendon II DROIT	PTH
				17.10.46	J2	perbroch GAUCHE ELIQUIS	PTH
				22.10.36	J5	# Col FÉMUR GAUCHE ELIQUIS (73)	NRI Amiki
				16.02.44	J4	lavage des os	PTH ou PTH
				09.06.35	J1	# Col FÉMUR GAUCHE KARDEGIC	PTH
				26.02.64	J4	# Col FÉMUR DROIT	lavage + ciment
				26.02.75	J1	Infect chevillon sur endobouton DROIT	13 lites ou variex
				14.03.67	J1	# malleole ext. DROIT	Aequalis calet
				28.09.95	J1	# humérus GAUCHE ALL. COCÉINE	PTH + plaque GTR

17 patients à opérer + 4 patients SOS Mains

Alicia 79080 (Nath) ² 17	CNF Arrivee d 7 ^e UA 23 AMBUL Neurologie B Ambul.	[REDACTED]	13.06.79	J1	Cure osteite 4 ^e doigt - AOS vis sbi #25 GAUCHE	lavage + ciment.
			08.05.64	J1	# radius distal + # pouce DROIT	# poignet: Aptus radius
			15.10.73	J0	f ouverte poignet GAUCHE + f condyle externe femoral distal a droite	# femur: vis Aenis
			23.04.87	J0	Phlegmon 2 ^e me doigt main droite + Antibio IPP du 2 ^e me rayon Dt	
Agathe Nadège	REA POLY B1	[REDACTED]	10.02.50	J1	visage C1/C2 voie post	OASYS - NAV 311
			01.08.56	J1	Tox chco de levage + revision alors non cher l'axel PAS EN ACC. XIDU DISPON DE MATIÈRE	table au medec. Fessier Gelbont
			09.12.85	J0	Hernie discale L5.S1 (Déficit 2/5 releveur gauche)	MICROSCOPE en salle.

4^H 15 = PMO : Foie + reins.

Accord public / privé pour les urgences



<

Infos du groupe



Traumato Toulouse

Groupe · 48 membres

Modifier



Disc. Vocale



Ajouter



Rechercher

- 57 ans (21/10/1967) - Service : domicile



- 57 ans (21/10/1967) - Service : domicile

Homme 57 ans

Date d'entrée : 22/05 (AVP 17/05)

Atcd notables : droitier, tabagique,
agent d'entretien

Anticoagulant : 0

Parker : 9

Diagnostic : fracture jonction tiers
moyen-externe de la clavicule
gauche comminutive non articulaire
avec souffrance cutanée en regard

Indication : TTT ortho ou
ostéosynthèse ?

Pour les centres faisant de la main, Pourriez-vous nous aider à faire cette plaie. Il y a un PMO, nos urgences sos main passent sur notre bloc de traumatologie nous venons de recevoir un ring finger. La patiente est à jeun et dans notre service de chirurgie ambulatoire

10:23



Femme 29 ans

Date d'entrée : 11/09, plaie en faisant la cuisine

Atcd notables : intox tabagique (1 paquet/jour)

Anticoagulant : 0

Parker : 9, droitère, mère au foyer

S'est ouvert avec un couteau

Diagnostic : plaie éminence thénar non déficitaire

Indication : lavage + exploration



10:24 DRISQ



~Interne ORTHO PPR

09/05/2025 10:29



Patient de 18 ans, Rangueil

Date d'entrée : 07/05

Atcd notables : 0, non tabagique, étudiant ingénieur, haut niveau handball

Anticoagulant : /

Parker : /

Diagnostic : fracture malléole latérale gauche haute

Indication : plaque

transfert ?



- 30 7 06 - 18 ans

domicile 0749740133



Bonjour nous avons ce patient à
possiblement transférer

Accord public / privé pour les urgences

○ Evaluation

○ 1. Avantages

- Echanges directs entre médecins
- Cas-patients précis anonymisés
- Prise en charge au volontariat en fonction des disponibilités et des sur-spécialités

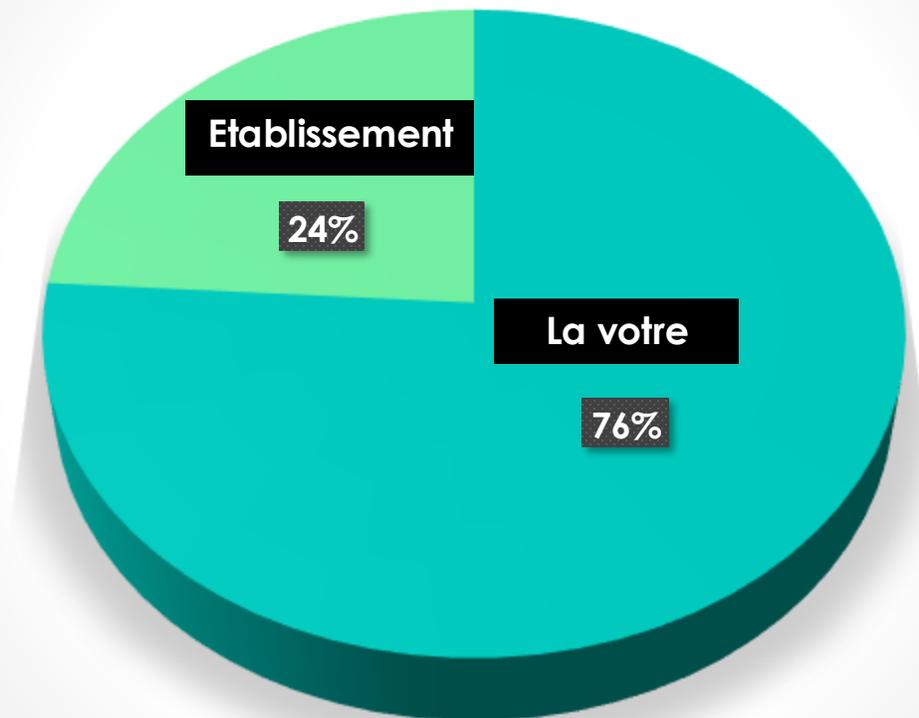
○ 2. Inconvénients

- Transferts pas toujours possibles ou acceptés
- Pas toujours de réciprocité



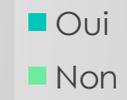
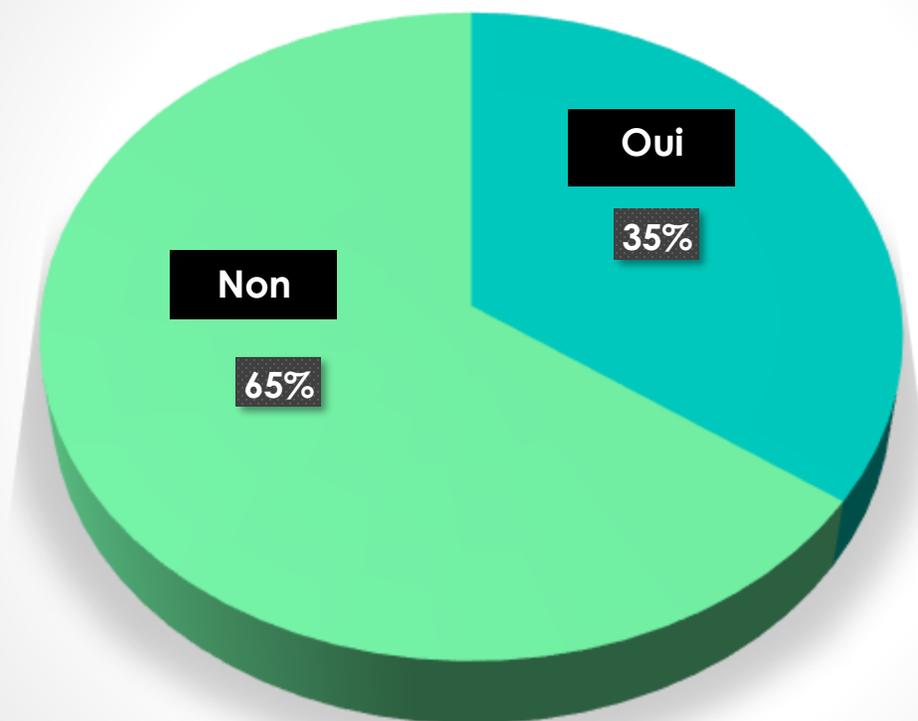
Responsabilité : Enquête

Quelle RCP est engagée dans votre activité d'urgence?



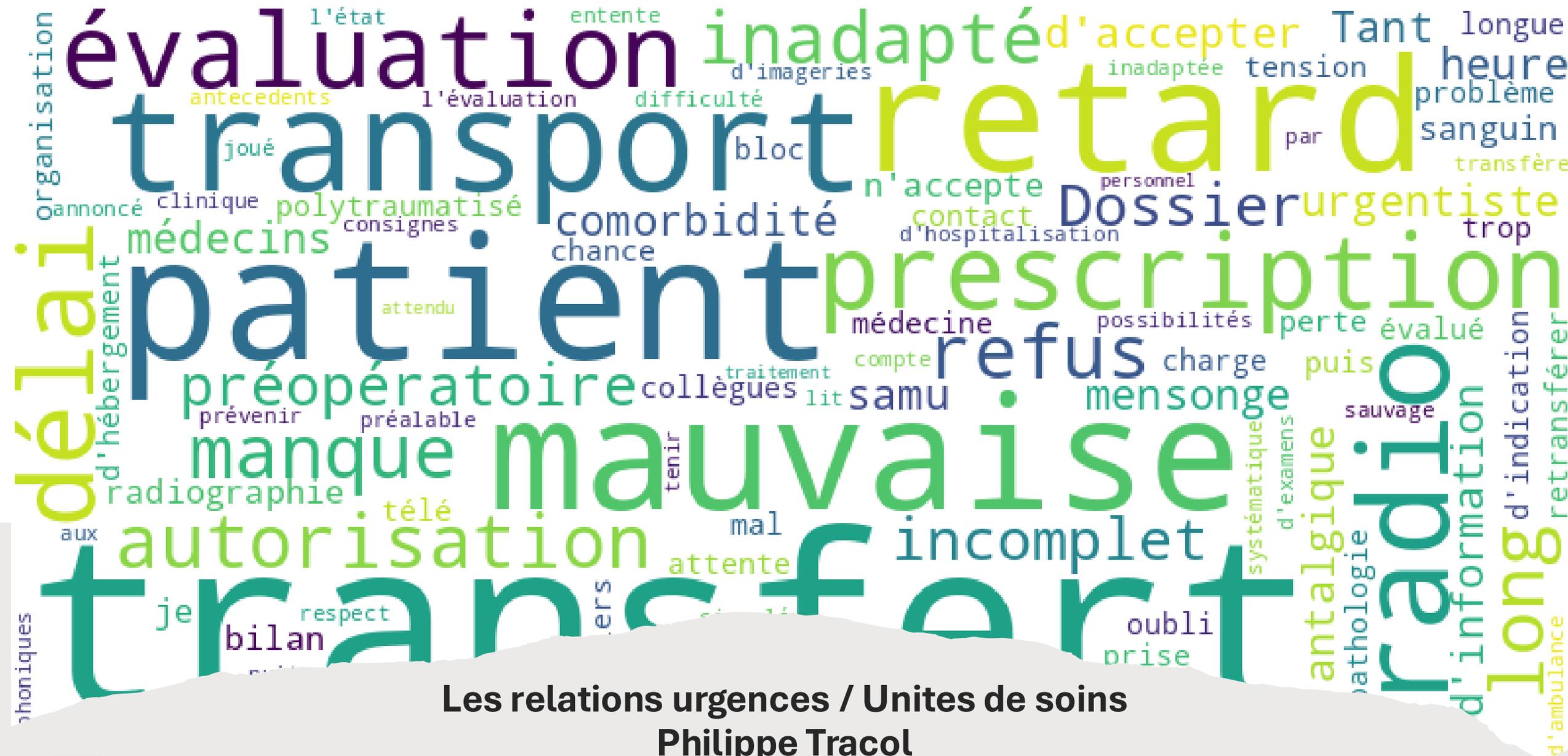
Responsabilité : Enquête

Avez-vous eu des mises en cause liées à cette activité?



ORTHORISQ

associés, autre, soirée, seulement, midi, journée, suite, dédiée, après, programmation, report, amme, d'urgence, end, fin, pour, potentielles, l'après, bloc, sauf, semaine, gestion, partagé, jours, au, des, plage, place, urgents, fais, urgentistes, allègement, uniquement, gardons, fois, libre, afin, intégration, week, réservation, urgence, spécialité, négociation, demi, entre, intégration, vacation



Les relations urgences / Unites de soins
Philippe Tracol



ORTHORISQ

Principaux problèmes identifiés par l'enquête:

Retards et délais :
transfert trop long,
attente au bloc,
manque
d'ambulances .

Dossiers incomplets :
absence de radio, bilan
biologique ou
radiologique manquant,
patient non à jeun.

**Communication
défaillante :** patient non
annoncé, pas d'appel
préalable, consignes non
respectées.

**Évaluation médicale
insuffisante :**
mauvaise évaluation
clinique, pathologies
contre-indiquant la
chirurgie

**Organisation et
coordination :**
refus de transfert,
tension entre structures,
orientation inadaptée.

**Mineurs non
accompagnés
Tutelles**



Exemple 1

- Patiente reçue aux urgences suite avp violent : pathologie annoncée: fracture bimalléolaire .
- Appel chirurgical → Accord hospitalisation
- Vue par l'opérateur le lendemain matin :RAS
- L'après midi au bloc : état confusionnel , altération de l'état général .
- Body scan: hématome sous dural avec engagement, fractures multiples du bassin, fracture transverse de L5, fracture sternum, de la rate et une fracture du sacrum .
- Transfert CHU (après péripéties)
- Décès



Exemple 2

- Fracture instable C2 :
- Pas de service spécialisé sur place .
- Appel CHU par urgentistes : pas de place avant 48 heures.
- Immobilisation par minerve provisoire.
- Hospitalisation en chirurgie sans avis du chirurgien responsable mais accord du cadre de soins.
- Patient retrouvé DCD le lendemain.



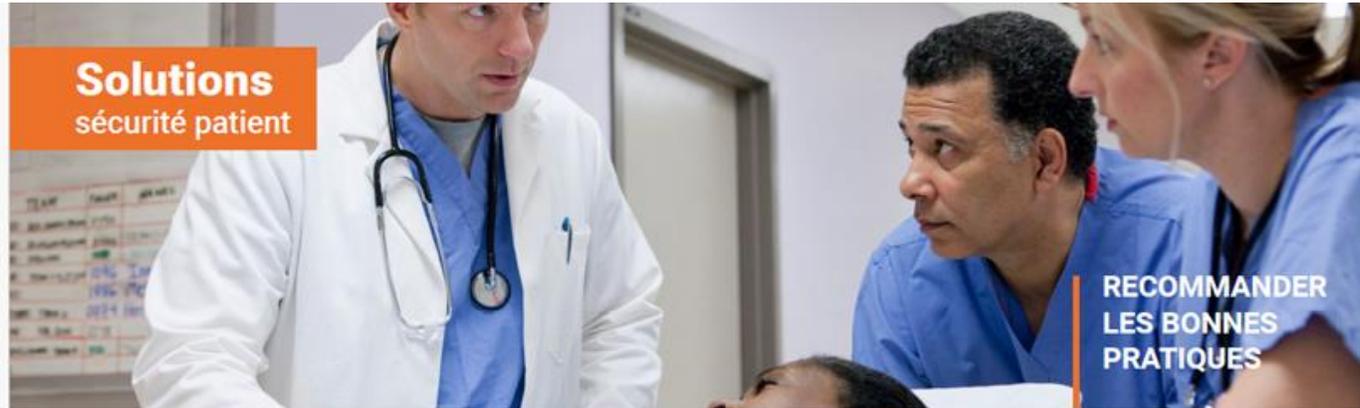
Exemple 3

- Patiente non communicante. Fracture per trochantérienne .
- Echange urgentiste chirurgien + radios par SMS
- Indication validée clou métaphysaire
- Programmation le jour même (patiente non revue)
- Erreur de coté sur le dossier d'urgence non corrigée.
- Au bloc : Pas de radios (égarées) seule imagerie : le SMS.
- Installation du mauvais coté .
- Erreur corrigée lors de la scopie.
- Changement d'installation.



SSP2 HAS : Coordination service d'urgences /chirurgie orthopédique et traumatologique (Orthorisq /GETRAUM / Sofcot)

Thierry Begué



Coordination services d'urgences et de chirurgie orthopédique et traumatologique

Une *check-list* dès l'admission pour éviter toute omission !

30 mars 2023



ORTHORISQ

SSP urgences HAS : Le constat

La cause du dysfonctionnement est, en grande majorité liée à un problème d'organisation de la liaison entre le service des urgences et le lieu d'hospitalisation avec :

- **Une défaillance individuelle d'un médecin chargé des soins** non-respect d'une procédure existante, une antibioprophylaxie inadaptée, erreur de diagnostic du médecin urgentiste sans information du chirurgien mauvaise interprétation d'un cliché radio, une gestion d'un traitement anticoagulant au long cours.
- **Une absence d'imagerie** liée à une défaillance du PACS ou perte lors transfert du patient entre les structures de soins
- **Une absence de respect des consignes** préopératoires par le patient et le service
- **Des problèmes liés au dossier médical** : Perte, incompatibilité logicielle
- **Des difficultés administratives** : Autorisation pour patient sous tutelle



SSP urgences HAS : les conséquences

Retards de prise en charge avec un délai supérieur à 24 heures

Défauts d'information du patient ou de la famille

Diagnostics erronés ou incomplets

Perturbation de l'accès au bloc opératoire

Complications

Décès

Procédures médico légales



Une check list de plus !!!



Objectif

Qui fait quoi ?

Vérifier .

Tracer.

La mise en place d'une check-list « Transfert urgences – chirurgie traumatologique et orthopédique » est préconisée dès l'admission du patient au service des urgences pour organiser son hospitalisation en unité de chirurgie.

À l'arrivée dans le service des urgences

- Examiner le patient et prescrire les examens d'imagerie et de biologie nécessaires.
- Informer le patient ou le représentant légal du diagnostic et de la prise en charge envisagée.
- Communiquer le diagnostic à l'interne et/ou au chirurgien responsable de chirurgie traumatologique et orthopédique.

Avant le départ du service des urgences

- Informer le patient et/ou ses ayants droit des modalités d'hospitalisation (via une brochure par exemple) et des spécificités de la prise en charge en traumatologie (fiche d'information SOFCOT/Orthorisq par exemple).
- Appeler par téléphone le service de chirurgie orthopédique et traumatologique où l'hospitalisation du patient est prévue.
- Préciser les traitements médicamenteux du patient, dont ceux prescrits ou arrêtés par le service des urgences (anticoagulants, antiplaquettaires, antibiotiques, etc.).
- S'assurer que l'imagerie et les examens demandés ont été réalisés et que les résultats sont disponibles.
- Vérifier que le côté siège de la lésion traumatique est tracé dans le dossier du patient.
- Vérifier la cohérence des informations concernant le site traumatique : déclaration du patient, traçabilité dans le dossier du patient, examens complémentaires éventuels.
- **Renseigner la check-list** « Transfert urgences – chirurgie traumatologique et orthopédique » (service des urgences et service de chirurgie orthopédique).
- S'assurer que l'anesthésiste est prévenu de la présence du patient et de l'éventuelle indication chirurgicale dont il devra bénéficier (service de chirurgie orthopédique).
- Prescrire et réaliser certains matériels spécifiques éventuels (pansement, traction, plâtre, etc.).

À l'arrivée dans le service d'hospitalisation de chirurgie (à faire par l'IDE qui accueille le patient)

- Vérifier l'état cutané du patient.
- Faire le point sur les traitements en cours, le traitement de la douleur, les contrôles biologiques récents, etc.
- Finaliser la check-list de transfert.

www.orthorisq.fr

www.has-sante.fr

— CHECK-LIST « TRANSFERT URGENCES – CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE » —
À compléter par le service des urgences et le service de chirurgie – à adapter si besoin

Admission le : [] à : [] h [] Identification patient (nom - nom de naissance - prénom - date de naissance) []

Urgentiste
Dr [] Site : [] Tél. : []

Survenue du sinistre
le : [] à : [] h []

Diagnostic : []

Latéralité : Droite Gauche

Gravité
 Luxation Ischémie
 Lésion cutanée
 Trouble neurologique
 Plaie articulaire
 Fracture ouverte
 Autre : []

Comorbidité(s)
 Allergie Diabète Dialyse
 Autre : []

Traitement habituel par :
Anticoagulants : OUI NON
Antiplaquettaires : OUI NON

Anticoagulants stoppés :
 OUI NON

Antiplaquettaires stoppés :
 OUI NON

Relais HBPM : OUI NON
(à voir avec l'anesthésiste – le chirurgien)

Imageries réalisées
 Radio Scanner IRM Échographie

Examens biologiques réalisés
 NFS Hémostase
 Recherche des agglutinines irrégulières (RAI)

Dernier repas à : [] h []

Dernière boisson à : [] h []

Traitements mis en œuvre
 Immobilisation rigide Contention souple
 Traction membre inférieur Pansement
 Réduction Suture
 Antibiothérapie Antalgiques
 Anesthésie loco-régionale (ALR) Transfusion
 Autres : []

Lieu d'hébergement
 Service de chirurgie orthopédique et traumatologique sur site
 Autre service sur site : []
 Transfert : []

Chirurgien ayant accepté la prise en charge
Dr [] Site : [] Tél. : []
Indication : []

Information bénéfiques/risques effectuée :
 OUI NON

Accord intervention : OUI NON
Autorisation parentale : OUI NON NA
Protection juridique : OUI NON NA

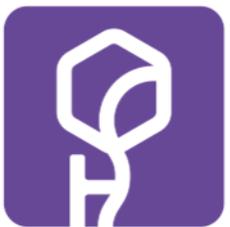
Anesthésiste
Dr [] Site : [] Tél. : []

Consultation pré-anesthésique programmée :
 OUI NON
effectuée :
 OUI NON

Conclusion : Une check list de plus ?



- Oui c'est vrai mais les transferts urgences/ service prése...
nombreuses problématiques avec des conséquences parfois graves.
- Une Meilleure organisation et communication entre les services est essentielle.
- L'utilisation d'une check list adaptable semble être la moins mauvaise solution à conditions de se l'approprier et surtout de l'utiliser.



Questions

Où commence la responsabilité du chirurgien pour un patient aux urgences ?

Qui est responsable de la prise en charge d'un patient accueil aux urgences puis hospitalisées en unité de soins?

Le patient doit être obligatoirement cadré par un chirurgien lors de son arrivée dans l'unité de soin ?



Merci de votre attention !!



ORGANISATION des TRANSFERTS

**Résultats de l'enquête
Luc Soubigou**



ORTHORISQ

Organisation des transferts



L'ÉQUIPE
1.40€ | JEUDI 21 JUILLET 2016 71^e ANNÉE - N° 22 645 | @lequipe / L'EQUIPE.fr / L'EQUIPE 21

TOUR DE FRANCE 18^e ÉTAPE
FROOME ENFONCE QUINTANA
Le Maillot Jaune n'a pas attendu le contre-la-montre d'aujourd'hui pour creuser encore l'écart sur le Colombien.
PAGES 12 À 23

FOOTBALL
En retournant à Manchester United pour une somme estimée à 120 millions d'euros, Paul Pogba va devenir le footballeur le plus cher de l'histoire. Plongée dans les coulisses d'un transfert hors du commun.
PAGES 2 ET 3

LE TRANSFERT DU SIÈCLE
Paul Pogba sous le maillot de Manchester United en janvier 2012.
C. F. / A. / M. / P. / F. / P. / M. / E.

MARSEILLE
CICCOLUNGH
REMPLECE LABRUNE
PAGES 4 ET 5

EURO - 19 ANS PORTUGAL - FRANCE (17 H, L'ÉQUIPE 21)
LES BLEUETS VEULENT VENGER LES BLEUS
PAGES 8 À 10

LE CHANTIER SUR UN GRAND PLATEAU
LIVRAISON DIRECTEMENT SUR VOTRE CHANTIER
VOIR CONDITIONS EN MAGASIN-DÉPÔT

BRICOMAN
LES NOUVEAUX ENTREPRENEURS

M 00106 721 F 1,40 €

ALL 2,20 € - ANT 1,90 € - AUT 3,10 € - BEL-LUX 1,90 € - CAN 4,50 \$C - CH 2,80 F\$ - ESP/AND 2,20 € - G 1,90 € - GR 2,50 € - GUY 2,90 € - ITA 2,20 € - MAR 1,50 MAD - NL 2,20 € - PORT CONF 2,50 € - REU 1,90 € - TUN 2,70 DIN

Organisation des transferts

Chiffres clés



ORTHORISQ

30% des adhérents exercent dans un centre recours (7% dans CHU).

80% des adhérents disposent d'un centre de recours à proximité.

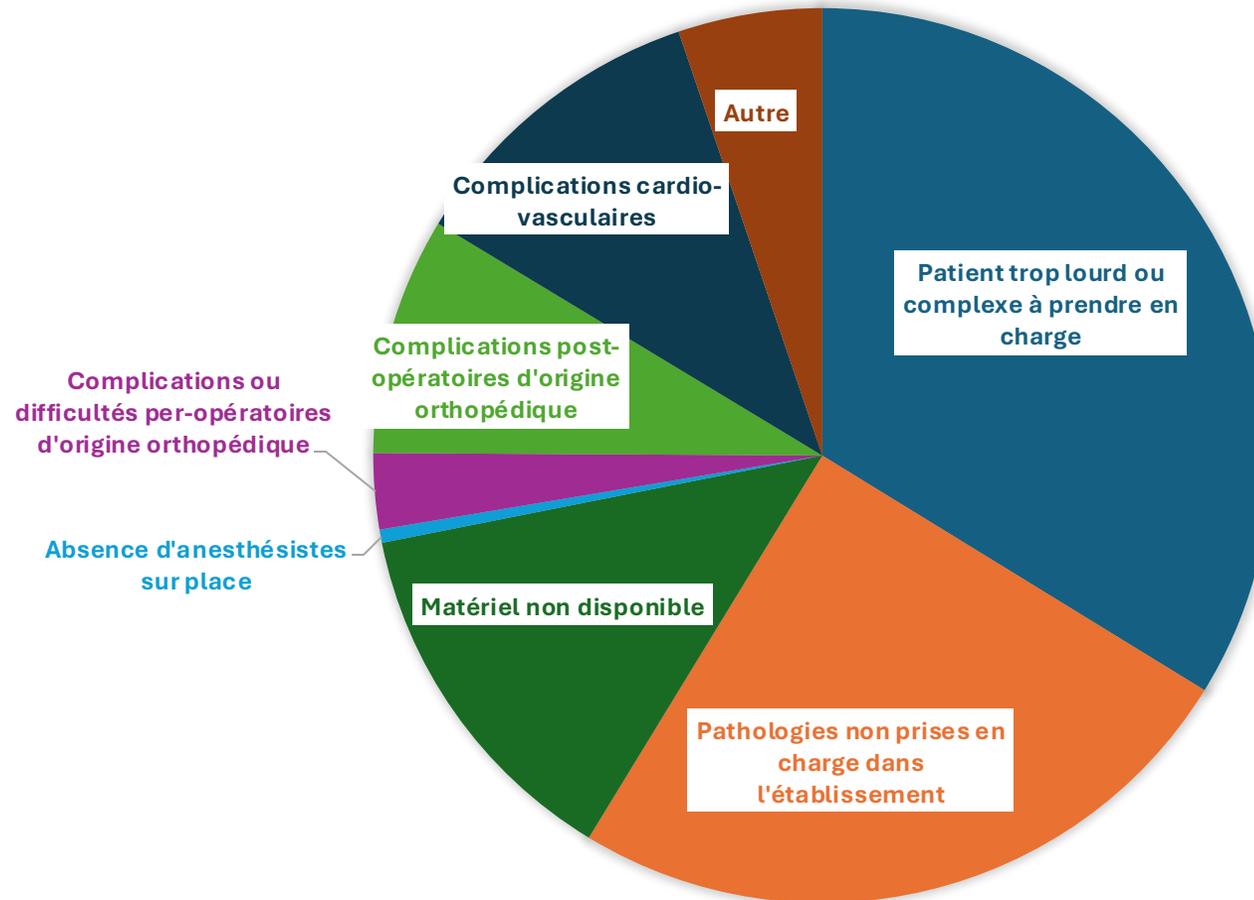
80% des adhérents ne disposent pas de convention de transfert.

Le transfert est organisé par l'opérateur une fois sur deux

Organisation des transferts

Les causes

Prise en charge sur place impossible.



Organisation des transferts: Les refus



ORTHORISQ

37% des adhérents déclarent au moins un transfert refusé dans l'année.

La surcharge de travail et l'absence de place disponible sont les principaux arguments avancés.

Un problème relationnel est à l'origine du refus dans 10% des cas.

Organisation des transferts

Les refus

Attitude
en cas
de refus :

Solicitation d'un autre centre

Insistance

« on se débrouille sur place »



Organisation des transferts

Les refus

EIAS d'un transfert refusé :

8 ans

Palette stade IV

Refus de prise en charge par l'anesthésiste



Organisation des transferts : Les conséquences



ORTHORISQ

Tache difficile et chronophage : 50%

Arrêt et un retard de l'activité en cours : 15 %

6 EIAS de décès en relation avec un transfert.

20% des adhérents pensent qu'un transfert a peu de chance d'aboutir.

Organisation des transferts

L'autre coté : les centres receveurs

61 demandes de transfert par an

50 % de demandes injustifiées

60% des transferts organisés par un chirurgien

10% par administratif ou IDE



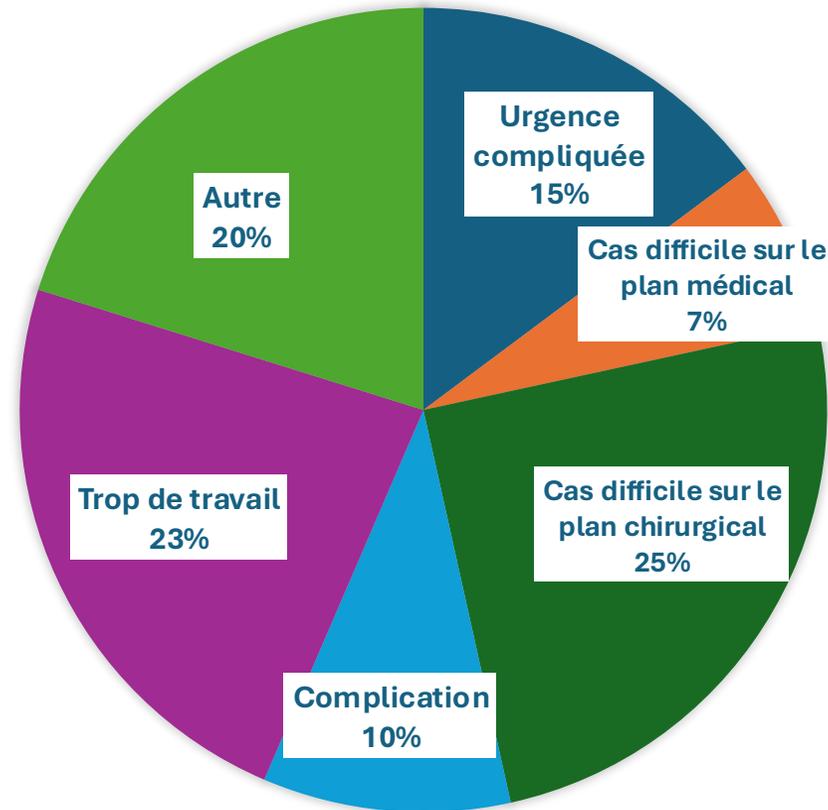
Organisation des transferts

L'autre coté : les centres receveurs

**Situation non gérable
sur place : >50%**



ORTHORISQ



Nature des demandes de transfert

Organisation des transferts

L'autre coté : les centres receveurs



ORTHORISQ

Un opérateur d'un centre receveur refuse en moyenne 6 transferts par an.

En cas de refus de transfert, une solution alternative est proposée une fois sur quatre.

Un debriefing avec le médecin adresseur n'est réalisé que dans 15% des cas.

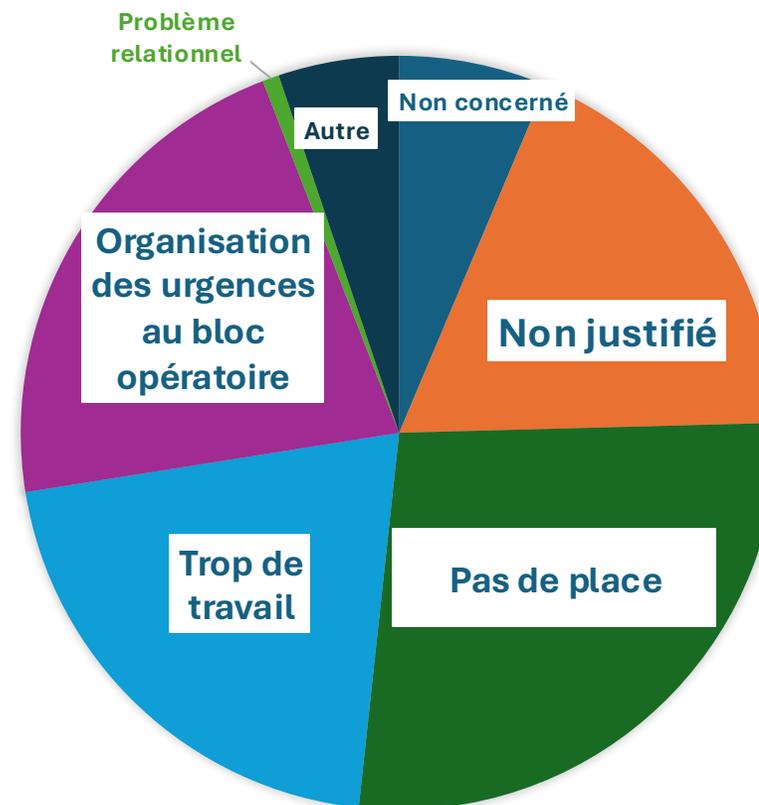
Organisation des transferts

L'autre coté : les centres receveurs

**Accueil
impossible : 50 %**



ORTHORISQ



Organisation des transferts

Les voies d'amélioration

68% des adhérents connaissent la structure référente susceptible de recevoir un transfert.

67% des adhérents connaissent leurs confrères susceptible de recevoir une urgence en transfert.

59% des adhérents pensent que des rencontres régulières permettraient d'améliorer l'organisation

MAIS ... seulement 4% d'entre nous organisent des rencontres régulières d'évaluation des transferts.



Organisation des transferts

Conclusions



ORTHORISQ

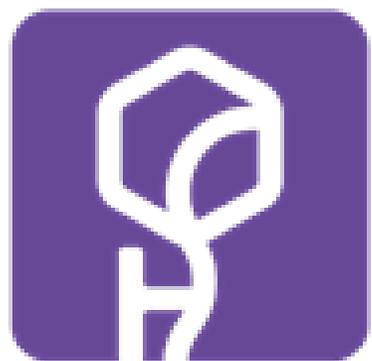
Un transfert est souvent l'ultime étape d'une situation médicale complexe.

Les conséquences d'un transfert refusé peuvent être dramatiques laissant l'opérateur et son patient dans une situation encore plus compliquée.

Il faut donc établir des conventions entre établissements et surtout communiquer entre chirurgiens.

Organisation des transferts

Conclusions



ORTHORISQ



Vécu coté adresseur

« Nous devons négocier pour ne pas dire se prostituer, ou dans certains cas ou mon plateau technique n'est pas en mesure de prendre en charge et que le CHU de recours refuse encore, parfois mutation sauvage ».

« J'insiste ou je fais signer une décharge au patient avant de le prendre en charge »

« J'envoie quand même en ambulance »

« On se débrouille en sachant qu'il y a perte de chance pour le patient »

« Je le traite et prie pour qu'il n'y ait pas de procédure qui découlerait d'une prise en charge inadaptée »

Vécu coté adresseur : Thomas Brosset

- installé depuis 15 ans
- exercice libéral exclusif
- participation depuis toujours à la PDSES bassin de 80000 patients (ville 25000, Cavaillon)
- actuellement bi site: urgences au centre hospitalier et chirurgie réglée hanche et genou à la clinique
(Auparavant accord public privé avec accueil au CH et interventions à la clinique.)

Vécu coté adresseur

- Epuisement**
- Refus institutionnels**
- Débrouillardise**
- Adaptation locale**
- Grande variabilité dans les retours des CRIOAC**

Pression Insoutenable

- L'établissement adresseur se trouve dans une impasse
- Patient critique
- Famille exigeante
- Absence de solution rapide
- Risque médico-légal

REX TRANSFERTS côté adresseur

Ce qui ressort le plus de déclarations d'EIAS avec parfois des complications dramatiques :

- ❑ patient urgence traumatologique mauvaise orientation initiale.
- ❑ Chronophage.
- ❑ Gestion des infections OA complexes.

MAUVAISE ORIENTATION INITIALE

Pas la bonne porte d'entrée:

- établissement non adapté
- défaut de matériel, banque de sang
- absence de spécialité sur place
- adressage par SAMU déconnecté
- Méconnaissance des ARS du territoire



Chronophage

En absence de réseau, un transfert peut vite devenir un parcours du combattant...



infection ostéoarticulaire, transfert

- ❑ **une IOA est le souci numéro 1 du chirurgien orthopédique**
- ❑ **Classiquement, les réseaux locaux et régionaux se sont formés. Les avis aux CRIOAC sont pris et en retour la marche à suivre est donnée.**
- ❑ **Mais que se passe-t-il quand la situation se complexifie?**



Vécu côté receveur

« Je refuse les demandes abusives ».

« Trop de demandes de transfert les veilles de week-end ».

« C'est toujours à sens unique » !

« Nous avons du mal à assurer notre activité il est impossible de recevoir d'autres patients ».

« Nous devons assurer les suites d'une intervention complexe mal gérée. »

« Les demandes de transfert se font au dernier moment lorsque la situation est trop compliquée. »



Vécu côté receveur : Pierre Mansat

Au CHU de Toulouse depuis 30 ans



- Trauma-center niveau-1
- Recours: SOS Mains, Polytraumatisé, Fractures complexes; Fractures bassin, IOAC, Tumeurs, patients à fortes co-morbidités
- A la demande: mono-traumatisé fermé



Vécu côté receveur

CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES:

- Listes d'attente de patients traumatisés à opérer
- Salles de bloc disponibles
- Lits d'aval disponibles
- Priorisation des activités de recours
- Transfert non justifié / Transfert sauvage
- Défaut de réciprocité



**Comment
faire pour
améliorer la
situation ?**



ORTHORISQ

Points d'amélioration: Thomas Brosset

Optimiser l'organisation locale:

- Carte d'établissements de santé actualisée régulièrement et affichée en régulation SAMU
- Amélioration du caractère opérationnel des CRIOAC
- Check list adressage
- Dans le cadre de la PDSES, substitution de la RCP du praticien

Points d'amélioration : Pierre Mansat

Créer ou développer un RÉSEAU:

- Cultiver les relations entre les équipes de chirurgiens sur un même territoire.
- Etablir une procédure de transfert simple, efficace basée sur la confiance du diagnostic de l'adresseur et de son incapacité (quelle qu'elle soit) à prendre en charge le malade.
- Réciprocité pour des mono-traumatisés ne nécessitant pas un SAU de niveau 1.



ET le transfert sauvage ?

Solution Apparente

Le transfert "sauvage" semble libérer l'adresseur de sa responsabilité

Transfert physique du patient

Décision unilatérale

Soulagement immédiat apparent

Fausse sécurité juridique



Les mots clés ?????

- Réseau
- Réseau
- Réciprocité
- Echanges / Communication
- Confiance
- Respect



Question : que faire devant un transfert impossible ?

- Solution dégradée locale ?**
- Refus de prise en charge?**
- Transfert sauvage ?**
- Samu ?**
- ARS via direction?**





ORTHORISQ

Congés et Absences

Table Ronde Session Orthorisq

SOFCOT 12 novembre 2025

Palais des Congrès - Paris

Dr Sylvie COLLON

Synthèse du questionnaire

Vacances surtout définies avec les associés (47%)

Plus de 60% ne prennent jamais de remplaçant

68% prévoient un plan B (collègues sur place)

Briefing préalable dans 60% des cas (plutôt oral)

80% préviennent leurs patients en cas d'absence

50% veulent être avertis même en congés

Complications surtout infectieuses

29% des établissements ferment, décisions souvent unilatérales

Rares mises en cause (7%)

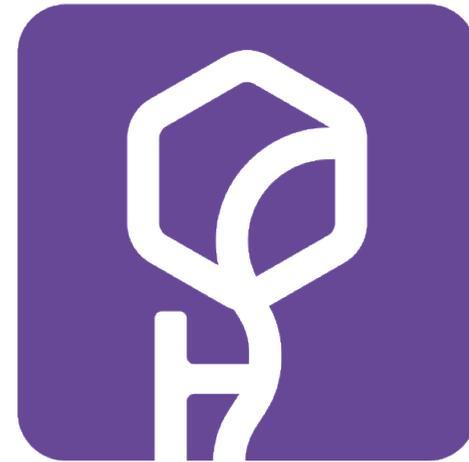


Analyse des EIAS

Synthèse des EIAS déclarés.

En période de congés

Analyse suivant la grille ALARM



ORTHORISQ

EIAS type – Contexte



- Patient opéré d'une PTH ou chirurgie rachidienne



- Période sensible : vacances scolaires ou jours fériés



- Établissement en effectif réduit ou fermé partiellement

site opératoire
liquide tête décèlement
reprise céphalo nom compressif
lesquelles plâtre ostéosynthèse
pédiculaire compétence
pour ressaut
rotulien remplaçant
pth mécanique
rachis syndrome vie
après lavage
infectieuse sous
cervical compliquée
débricolages déplacements chirurgie inquiet
sur un respiratoire l'uretère
hématome post opératoire
rupture cutanée
et sévère
cicatrice positionnée
digital PTG
septique urgence doigt
sceptique arrêt péri prothétique
rachidien tiges déficit vis
tardive Message par ou aiguë mal
secondaires phlegmon
neurologique n'a
douleur luxation écoulement
nécrose pas rachidienne
traumatique ton
prothèse céphalorachidien
de de sepsis sur
malposition Chute
du site malléole patient tendon
du du
l'infection massive avec PH suspicion

Typologie des événements

- Infections post-opératoires (PTH, PTG, arthrodèses...)

- Retards ou impossibilités de prise en charge (fermetures, absences)

- Problèmes organisationnels (astreintes, continuité des soins)

- Difficultés techniques ou matérielles (voie d'abord non habituelle, matériel absent)

- Défaut de coordination ou de transmission inter-établissements





JO: PTH



S3: départ du Dr Kirk

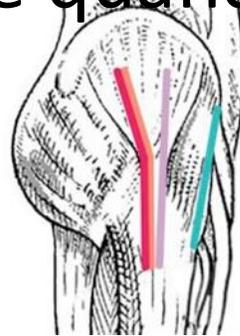


Dr Spock de garde



Ne pas faire quand on sait ne pas savoir faire

S3: désunion cicatrice



- HUETER
- HARDINGE
- TROCHANTÉROTOMIE
- POSTÉRO-EXTERNE



Bactério négative



Lavage sans changement d'implant

Geste incomplet



ORTHORISQ



JO: PTH

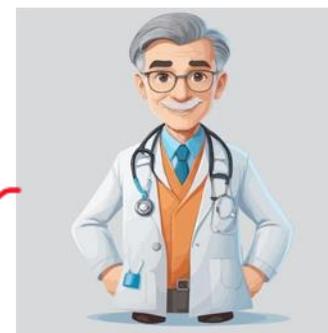


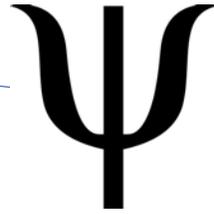
J15

Plus on est de chir, plus on ...

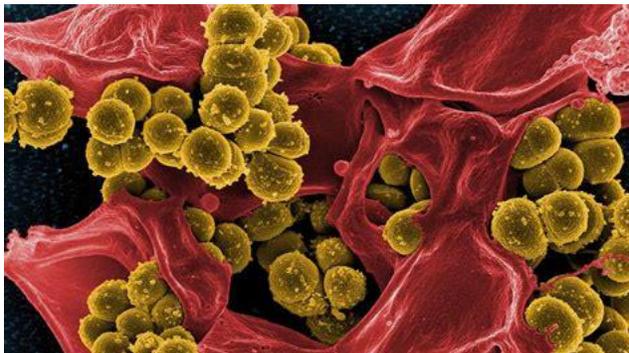
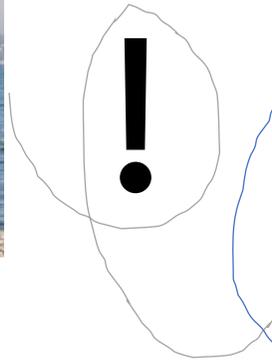


J30





Les absents ont toujours tort ?



Août 2023

Dim	Lun	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
31	1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13	
14	15	16	17	18	19	20	
21	22	23	24	25	26	27	
28	29	30	31	1	2	3	



Ubiquité?



J1



IRM



Gravité des conséquences

- Complications graves : paraplégie, endocardite, choc septique

- Retards opératoires ayant aggravé le pronostic

- Réinterventions, hospitalisations prolongées

- Sentiment d'abandon du praticien sur place

- Insatisfaction des patients

- Surmortalité potentielle

Analyse

Existence de failles systémiques dans l'organisation des soins en période sensible.



La qualité et la sécurité ne peuvent reposer sur l'implication individuelle seule.



Une structuration collective et anticipée des ressources est essentielle.



assurée convention disponible
associé dans établissement défaut respecté
collègue téléphonique
d'astreinte joignable l'été loin
remplaçant report
centre report
reste astreinte reporté non l'hôpital j'annule respecté hospitalier
autre préviens ailleurs système par
départ confrère jours
garde patients

Stratégies que vous devisez

Mise en place d'un système d'astreinte

Disponibilité à distance ou retour anticipé

Appui des collègues ou remplaçants

Convention avec le CHU ou autres établissements

Prévention et information des patients

Report ou ajustement des congés si nécessaire



Axes d'amélioration

- Renforcer la permanence des soins : remplaçants planifiés, transferts de la responsabilité des patients bien protocolisé

- Mieux adapter les programmes en périodes critiques

- Formaliser les procédures de continuité et de coordination

- Intégrer les alertes labo dans les protocoles de congés

- Simuler les scénarios de crise (vacances, fermeture bloc)





Question juridique

En cas de fermeture non concertée d'un établissement de santé , qui est responsable de la réorientation d'un patient qui a une complication post-opératoire ?





ORTHORISQ

Organisation territoires

La chirurgie pédiatrique :

Philippe Tracol

Le decret :1765 et 1766 du 29 décembre 2022

Seuls les établissements disposant d'une autorisation de pratique de la chirurgie pédiatrique sont autorisés à prendre en charge les enfants entre 0 et 15 ans. Cette autorisation est délivrée par les ARS en fonction des conditions suivantes :

- **Au moins un médecin spécialisé en chirurgie pédiatrique** ou ayant une formation et une activité régulière en chirurgie pédiatrique
- **Au moins un anesthésiste ayant une formation** et une activité régulière en anesthésie pédiatrique...

Surtout l'établissement et ses membres s'engagent à participer au **Dispositif Spécifique Régional (DSR)** qui permettra aux différents centres d'une même région d'harmoniser leurs pratiques. **Ceci correspond à la mise en œuvre d'un réseau**

Ce sont les établissements qui disposent de l'autorisation et non les praticiens.



Le decret :Les dérogations

Possibilité de pratiquer des interventions de traumatologie simple entre 3 et 15 ans avec l'autorisation adultes , sous réserve que l'établissement fasse la demande d'autorisation auprès de l'ARS et s'engage à participer au réseau de soins (DSR)

Possibilité de pratiquer des ablations de matériel posé dans l'établissement dans le cadre d'une intervention en urgence.

Inversement, les chirurgiens pédiatre ne peuvent prendre en charge que les enfants de 0 à 15 ans avec des dérogations entre 15 et 18 ans pour des pathologies spécifiquement pédiatriques ou du suivi de pathologie pédiatrique antérieure.



Decret du 6 juin 2025



Assouplissements pour les urgences (> 3 ans) :

Chirurgien : peut être pédiatrique/infantile OU adulte avec pratique régulière en pédiatrie.

Anesthésiste : doit avoir une expérience avérée en anesthésie pédiatrique.

Toujours dans le cadre du Dispositif Spécifique Régional (DSR) validé par l'ARS.

En résumé



Aucune chirurgie réglée entre 0 et 15 ans si l'établissement ne dispose pas d'autorisation de chirurgie pédiatrique. (Y compris chirurgie de la main , rotule , ligaments)

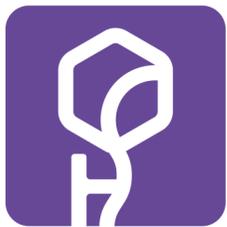


Traumatologie simple possible à condition que l'établissement en ait fait la demande et sous réserve de participation à un réseau de soins et de justification de pratique régulière.



Aucune dérogation entre 0 et 3 ans (traumatologie et chirurgie réglée)

Votre vécu : l'enquête



ORTHORISQ

50% n'opèrent jamais d'enfants < 15 ans

Chirurgie surtout : urgences + traumatologie simple

62% connaissent le décret, impact limité sur pratiques

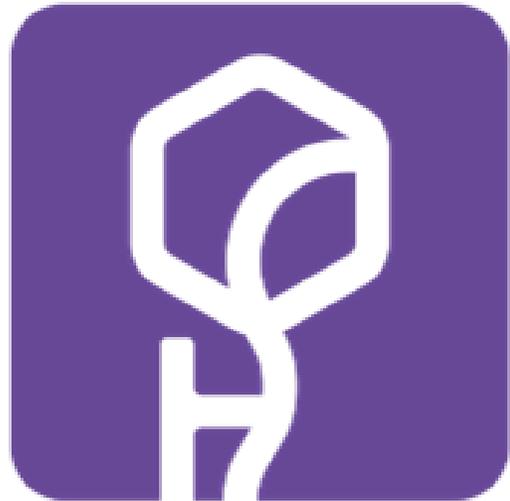
43% incertitude sur autorisations établissement

18% signalent difficultés de PEC (retards, éloignement, perte de chance)

14% difficultés de transferts (refus, logistique, interlocuteur)

Raisons des refus : surcharge, pas de place, hors secteur ARS, cas trop simples

Les difficultés



ORTHORiSQ

Problèmes de matériel non disponible

Problèmes de communication avec le centre pédiatrique

Problèmes de communication avec MAR

Difficultés d'interprétations du décret chirurgie pédiatrique

Par excès : transferts abusifs

Par défaut : perte de chance pour le patient

Par ignorance

Les conséquences

Pertes de chance pour les patients (cf embolie graisseuse)

Retards de prise en charge

Surcharge des service pédiatriques

Conflits internes

- MAR
- Directions

Conflits entre établissements

Passages en force

Conséquences médico légales

Ambiguïté des ARS

Quelques exemples

Refus Par MAR d'endormir un enfant de 7 ans pour fracture palette (avant decret) . Refus du service pédiatrique (surcharge de travail) : immobilisation de fortune et passage en force via les urgences pédiatriques

Reduction fracture poignet peu déplacée en procédure estomac plein chez un enfant de 3 ans avec inhalation lors de l'extubation

Errance d'une fracture diaphysaire fémorale chez un patient de 14 ans et demi entre service adulte et enfant , problèmes de matériel intervention différée avec embolie graisseuse



Question :

Quelle responsabilité pour un praticien qui dispose de la compétence technique, du matériel mais pas d'autorisation administrative face à un avec un refus de transfert ?

- Passage en force ?
- Refus de soins ?
- Prise en charge dans l'illégalité ?



Les questions juridiques

Pierre Henri Lebrun

Les transferts

1 Que faire devant un transfert impossible ?

Refus de prise en charge ?

Solution dégradée locale ?

Transfert sauvage ?

Appel du SAMU ?

Transfert imposé par l'ARS ?

2 Notre responsabilité est-elle engagée en cas de prise en charge chirurgicale dégradée liée à un transfert refusé ?

3 Et les conditions du transfert en cas de transfert sauvage ?



ORTHORISQ

Les questions juridiques

Pierre Henri Lebrun

les urgences

1 Quand commence la responsabilité du chirurgien lorsque un patient se présente aux urgences ?

2 Qui est responsable de la prise en charge d'un patient accueilli aux urgences puis hospitalisé en unité de soins?

3 Le patient doit il être obligatoirement cadré par un chirurgien lors de son arrivée dans l'unité de soin ?



Les questions juridiques

Pierre Henri Lebrun

Congés absences

En cas de fermeture non concertée d'un établissement de santé , qui est responsable de la réorientation et de la prise en charge d'un patient qui présente une complication post-opératoire ?



ORTHORISQ

Les questions juridiques

Pierre Henri Lebrun

La pédiatrie ?

- 1 Quelle responsabilité pour un praticien face à un enfant en traumatologie hors autorisation avec un refus de transfert ?
Passage en force ?
Refus de soins ?
Prise en charge dans l'illégalité (si urgence réelle) ?
- 2 Et si l'équipe possède la compétence technique mais pas d'autorisation administrative ?



ORTHORISQ

Conclusion : Ne pas rester seul !

Travailler en réseau

Réciprocité

Eviter de déléguer

Echanger

Personnaliser et senioriser

Solidarité et compréhension

Respect mutuel

Humanité

Anticiper

Ne pas surestimer ses capacités

Respecter la réglementation

Week End

Tracer dans le dossier +++

Connaitre les limites de son établissement

Protocoliser (check list urgence)

Déontologie

Le patient

Eviter les transferts sauvages

SAMU

ARS via direction

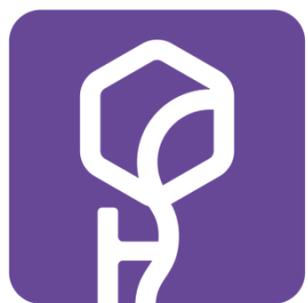
Les difficultés à régler par le cnp

La chirurgie
pédiatrique

Les CRIOAC

Organisation du
travail en réseau ?





ORTHORISQ

Reciprocité
Samu Dialogue
Echanger
Réseau Check list

Authorisation
Parler
Former
Traçabilité
Autoévaluation
Anticiper
Evaluer
Débriefing
Respect
Communiquer
ARS
Informer

Merci pour votre attention !!!

A l'année prochaine,



PALAIS DES
FESTIVALS
ET DES CONGRÈS
CANNES



ACCUEILLIR DURABLEMENT
LE MONDE

à CANNES